

Trabajos Originales

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS*

María Teresa Urrutia S.^a, Alejandra Araya G.^a, Luis Villarroel del P.^b, Daisy Viñales A.^c

^aEnfermera-Matrona, Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. ^bEstadístico, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ^cMatrona, Servicio de Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río

RESUMEN

Estudio analítico longitudinal prospectivo, sobre características de sexualidad y su evolución a los 6 meses en 104 mujeres histerectomizadas de un hospital público de Santiago. La recolección de los datos fue a través de una entrevista. Para el análisis se utilizó t Student, Q de Cochrane y Kappa. El reinicio de la vida sexual fue en promedio a los 52,7 + 27 días posthisterectomía. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de relaciones sexuales; presencia y frecuencia de orgasmo; percepción de deseo sexual y grado de excitación sexual. La prevalencia de incontinencia y dispareunia disminuyeron significativamente y la satisfacción sexual de la mujer mejoró a los seis meses. Se concluye que al igual que en estudios internacionales, la sexualidad de las mujeres no se afecta negativamente después de la histerectomía y se plantea la importancia de la educación sexual en estas mujeres.

PALABRAS CLAVES: **Sexualidad, histerectomía**

SUMMARY

Prospective longitudinal analytic study on sexuality characteristics and its evolution within 6 months in a group of 104 hysterectomized women from a public hospital in Santiago. Data compilation was done by means of an interview. For the analysis, t Student test, Q Cochrane and Kappa test were used. The new beginning of sexual life started at an average of 52.7 + 27 days after hysterectomy was done. There was no significant change in sexual intercourse frequency, presence and orgasm frequency, perception of sexual desire and degree of sexual excitement. Incontinence prevalence and dyspareunia decreased dramatically and women's sexual satisfaction improved after 6 months. Therefore, just like some international studies, women's sexuality is not negatively affected after hysterectomy and the issue on sexual education significance in those women raises.

KEY WORDS: **Sexuality, hysterectomy**

INTRODUCCIÓN

La histerectomía (HT) es una de las cirugías más comunes en Estados Unidos (1), ocupa el

segundo lugar después de la cesárea (2, 3). El mayor porcentaje es por causa benigna (4) entre las que destaca la miomatosis uterina (3, 5, 6). Se calcula que el 40,5% de las mujeres a los 64 años

*Trabajo leído en la sesión del 21 de septiembre de 2004 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

estarán hysterectomizadas en EEUU (1), y en nuestro país el 20% en algún momento de su vida será sometida a esta cirugía (7). En el Hospital Dr. Sótero del Río se realizaron en 2002 un total de 420 hysterectomías.

La HT es una experiencia compleja y multidimensional (8), su efecto evoluciona a lo largo del tiempo (9), no excediendo los 6 meses post cirugía (10). El mayor porcentaje de las mujeres espera no tener cambios en su vida sexual (5), lo que coincide con algunos autores quienes plantean que la sexualidad posterior a la HT no varía (1).

En Chile no existen estudios publicados en torno a la vida sexual de las mujeres hysterectomizadas, por lo cual nos hemos planteado conocer las características de la vida sexual de estas mujeres y su evolución a los seis meses de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico, longitudinal, prospectivo, realizado en un total de 104 mujeres hysterectomizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Dr. Sótero del Río, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: patología ginecológica benigna, vida sexual activa y pareja estable en los últimos tres meses, sin patología psiquiátrica diagnosticada o en tratamiento y que desearan participar. No se incluyeron mujeres con diagnóstico de cáncer, dado el efecto psicológico adicional propio del diagnóstico (2, 11). Se excluyeron las mujeres con patología psiquiátrica por el posible efecto de la enfermedad (12, 13) o de la medicación (14) en la evolución de la vida sexual. Ingresaron todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo comprendido entre Diciembre de 2002 y Abril de 2003. Se realizó una entrevista estructurada al tercer día posterior a la cirugía, con el objetivo de determinar las características de la sexualidad basal. Se decidió realizar la entrevista en el período postoperatorio para evitar el efecto del estrés preoperatorio en las mediciones (2). Se repitió la aplicación del instrumento a los 6 meses post HT, basado en publicaciones que establecen que la recuperación de las mujeres en el ámbito sexual no excedería este periodo de tiempo (10,15). Las variables estudiadas comprenden, características descriptivas de las mujeres, de la patología, de la cirugía y la vida sexual. En relación a las variables de vida sexual se consideraron: presencia y frecuencia de relaciones sexuales y de orgasmo, presencia de incontinencia urinaria y dispareunia, grado de excitación, deseo sexual,

satisfacción sexual y percepción de cambio en su vida sexual producto de la hysterectomía. El grado de excitación, el deseo y la satisfacción fueron medidos por escala de Likert. Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se solicitó firmar voluntariamente consentimiento informado a cada una de las mujeres del estudio. Los datos se analizaron a través del programa SPSS 12.0 y se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, análisis de frecuencia, test t de Student para muestras pareadas, test Kappa para medir concordancia entre las respuestas y Q de Cochran para diferencias de proporciones. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$. En relación al test Kappa, cabe señalar que si no existe cambio entre las dos mediciones realizadas, se verá reflejado en un valor p significativo, por el contrario si el valor p es no significativo, indica que existe diferencia entre las respuestas, y por lo tanto refleja un cambio en la variable medida.

RESULTADOS

De las 104 mujeres entrevistadas, tres de ellas cambiaron de pareja, cuatro quedaron sin pareja, tres no se ubicaron a lo largo del seguimiento y a una mujer se le diagnosticó cáncer de colon, por lo que se excluyeron estos casos del análisis de datos, quedando un total de 90 mujeres.

La edad promedio de las mujeres corresponde a $45,5 \pm 6,7$ años, con un rango entre 33 y 69 años. La escolaridad promedio fue de $8,6 \pm 3,2$ años. El 11,2% (10 casos) de las mujeres se encontraba en menopausia al momento de la HT, y sólo 2 de ellas usaban terapia de reemplazo hormonal (TRH).

Tabla I
CAUSA DE HISTERECTOMÍA*

Patología	n	%
Miomatosis uterina	60	52,2
Prolapso genital	17	14,8
Tumor anexial	12	10,4
Incontinencia de orina de esfuerzo	11	9,6
Endometriosis	7	6,1
Algia pélvica	5	4,3
Absceso tubo-ovárico	3	2,6

*La frecuencia total es mayor a 90 ya que algunas mujeres presentan más de una causa.

La causa principal de HT fue la miomatosis uterina (Tabla I). El 75,6% de las HT fue vía abdominal, el porcentaje restante vía vaginal. Al 97,8 % de las mujeres se le realizó HT total, sólo una mujer tuvo HT subtotal. La ooforectomía fue realizada en 58,9% de las mujeres, y de éstas 81,1% fue bilateral. A los seis meses posteriores a la cirugía, ninguna de las mujeres era usuaria de TRH.

Del total de la muestra, 8,8% (8 casos) fue sometida a cirugía uroginecológica, de ellas el 25,0% (2 casos) con técnica de Tension-free Vaginal Tape (TVT) y el 75,0% (6 casos) con técnica de Burch. Al 18,9% (17 casos) de las mujeres se le practicó cirugía del piso pélvico, dentro de las que se encuentra la promontofijación con un 58,8% (10 casos), plastía anteroposterior con un 17,7% (3 casos) y plastía posterior con un 23,5% (4 casos).

Las mujeres iniciaron actividad sexual en promedio a los 52,7 ± 27,9 días posterior a la HT, con un rango entre 10 y 150 días. Al sexto mes post-cirugía, 4 mujeres no habían iniciado actividad sexual, correspondiente al 4,4% de la muestra en estudio (Tabla II).

En relación a la frecuencia de relaciones sexuales el promedio semanal fue de 2,1 en la primera entrevista y 1,8 a los seis meses, no existiendo diferencias significativas entre los promedios (p= 0,062). El 96,5% de las mujeres presenta orgasmo antes de la HT, disminuyendo la prevalencia al 91,9% a los 6 meses, diferencia no significativa (p= 0,157). La frecuencia de orgasmo, en un total de 10 relaciones fue de 5,8 antes de la HT y 6,1 después de ésta, diferencia no significativa (p= 0,472).

La prevalencia de incontinencia urinaria durante la relación sexual fue de 19,8% basal y 5,8% a los 6 meses. La prevalencia de dispareunia fue de 70,9% basal y 31,4% a los 6 meses. Ambas varia-

Tabla II

TIEMPO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL POST HISTERECTOMÍA

Días	(n)	(%)
≤ 30	25	27,8
31-60	49	54,4
61-90	7	7,8
≥ 91	5	5,6
Sin actividad sexual	4	4,4
Total	90	100

Tabla III

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN GRADO DE EXCITACIÓN EN LA ENTREVISTA BASAL Y AL SEXTO MES POSTERIOR A LA HISTERECTOMÍA

Grado de excitación	Entrevista basal		Entrevista 6 meses	
	n	%	n	%
Muy alto	10	11,1	6	7,0
Alto	46	51,1	42	48,8
Medio	24	26,7	29	33,7
Bajo	7	7,8	6	7,0
Nulo	2	3,3	3	3,5
Total	90	100	86	100

bles presentan diferencias significativas (valor p= 0,0001).

Hubo concordancia entre las respuestas de las mujeres en la entrevista basal y al sexto mes en cuanto a grado de excitación alcanzado (p= 0,0001) y percepción de deseo sexual (p= 0,006) (Tablas III y IV), lo que indica que no hubo cambio posterior a la HT. La satisfacción sexual (Tabla V)

Tabla IV

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGÚN DESEO SEXUAL EN LA ENTREVISTA BASAL Y AL SEXTO MES POSTERIOR A LA HISTERECTOMÍA

Deseo sexual	Entrevista basal		Entrevista 6 meses	
	n	%	n	%
Muy alto	4	4,4	6	6,7
Alto	29	32,2	30	33,3
Medio	40	44,4	37	41,1
Bajo	11	12,2	12	13,3
Nulo	6	6,7	5	5,6
Total	90	100	90	100

Tabla V

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN GRADO DE SATISFACCIÓN SEXUAL

Grado de satisfacción sexual	Entrevista basal		Entrevista 6 meses	
	n	%	n	%
Muy alto	59	65,6	67	74,4
Medio	25	27,8	15	16,7
Bajo	6	6,7	8	8,9
Total	90	100	90	100

presentó diferencias significativas entre las dos mediciones, no resultando concordantes las respuestas de las mujeres entre ambas entrevistas (valor $p=0,112$).

El 75,6% (68 casos) de las mujeres manifestó haber tenido cambio en su vida sexual. De este grupo, 77,9% (53 casos) señaló cambios positivos, mientras que 20,5% (14 casos) relató cambios negativos, y 1,6% (1 caso) no contestó la pregunta.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio publicado sobre la evolución de la sexualidad en mujeres chilenas histerectomizadas, y al igual que varios estudios internacionales, nuestros hallazgos coinciden en señalar que la sexualidad no se ve afectada negativamente por la HT.

La edad promedio de las mujeres de este estudio se asemeja a lo reportado en publicaciones internacionales (3, 5), sin embargo, el nivel de escolaridad de la muestra se encuentra por debajo de la media nacional (16) lo cual podría estar explicado por la edad de las mujeres en nuestro estudio.

En relación al inicio de la actividad sexual postoperatoria, llama la atención el rango de dispersión encontrado. Un estudio nacional señala al respecto: "el reinicio de la vida sexual es visto por las mujeres como una prueba para saber si realmente quedaron bien y si su pareja percibe o no alguna diferencia" (17). Las expectativas sexuales, la seguridad y confianza en sí misma son factores que influyen en el momento que la mujer se siente capacitada para reiniciar su vida sexual, lo que se describe como "alta subjetiva". Si la mujer tiene expectativas negativas, enfrentará su sexualidad con ansiedad y conductas evitativas, postergando el reinicio de la actividad sexual (17). Es importante tener presente estos aspectos al momento de educar a las mujeres.

El porcentaje de mujeres sin actividad sexual a los 6 meses, resultó ser menor a lo publicado en un estudio extranjero reciente, donde en el mismo periodo post cirujía, fue de 10% (15).

La mantención de la frecuencia de relaciones sexuales, coincide con otros autores que midieron los cambios en el mismo periodo de tiempo (5, 15) y al año post-cirujía (4, 18). Otras investigaciones señalan un incremento de la frecuencia, sin embargo, la escala de medición no es comparable (13, 19). Los resultados de nuestro estudio son similares a otras publicaciones en lo referente a la

frecuencia de orgasmo y al deseo sexual de las mujeres (4, 5, 18).

Para las mujeres que experimentan dispareunia, la remoción del útero disminuye este síntoma y determina una mejoría en el funcionamiento sexual (2, 5, 13, 18). Al respecto llama la atención la prevalencia basal de dispareunia encontrada, cuyo valor es el doble de lo reportado por otros investigadores. La prevalencia de dispareunia al sexto mes en nuestro estudio coincide con las cifras basales en investigaciones internacionales (13, 18). Quizás uno de los factores que pudiera influir y que no se reporta en los resultados, es el tiempo que las mujeres tienen presente el síntoma, ya que en general la HT tiende a realizarse tras un largo periodo de tiempo (20), pudiendo transcurrir años antes de consultar a un profesional, siendo para muchas de las mujeres la última opción terapéutica (21), lo que provoca un aumento en la prevalencia de síntomas.

La mejoría en la satisfacción sexual de las mujeres coincide con lo reportado por Roovers y cols. (15). La diferencia con otras investigaciones, que señalan que no hay cambio (4, 18), puede atribuirse a la alta prevalencia de dispareunia basal en nuestra muestra, la cual al disminuir hace que la mujer desarrolle con mayor facilidad el desapego del útero (17) y perciba su vida sexual más satisfactoria.

La percepción del efecto beneficioso de la HT coincide con lo reportado por otro estudio (15) y estaría explicado entre otras causas por el cese de los síntomas preoperatorios (22).

Cabe señalar que los resultados obtenidos pueden verse influenciados por el porcentaje de mujeres ooforectomizadas sin TRH. Está descrito que la TRH disminuye el riesgo de disfunciones sexuales (23) y que la conservación de ovarios influye en el resultado de la HT (22). Las mujeres ooforectomizadas tendrían más complicaciones (24) determinando un efecto negativo en ellas (6), esto hace pensar que probablemente si éstas mujeres estuvieran con TRH, los resultados podrían ser aun más favorables de lo reportado en esta publicación.

La sexualidad es un área compleja del ser humano, multidimensional y dinámica (12). Es uno de los aspectos más importante a evaluar en el postoperatorio como también uno de los más difíciles de monitorizar (4). Si bien la HT mejora la calidad de vida de la mujer (1, 10, 25), también provoca un cuestionamiento acerca de su sexualidad y condición femenina (17, 26). La educación a la mujer es parte del cuidado y contribuye a que

tenga una percepción positiva sobre su salud (8) y la cirugía (17). Las mujeres histerectomizadas señalan recibir información insuficiente en calidad y cantidad por parte de los profesionales de la salud sobre la anatomía, fisiología de los órganos genitales y cambios en el funcionamiento sexual (8). Menos de la mitad de las mujeres refiere discutir aspectos de sexualidad con los profesionales de la salud (4, 5). Dada esta deficiencia, se produce un descontento con la atención recibida (27) y recurren a otras fuentes en búsqueda de información (8). De esta manera se mantienen los mitos y creencias en torno a la HT (17), específicamente en cuanto a la feminidad (19) e imagen corporal (8). "Quedar hueca" es un concepto que se escucha frecuentemente entre las mujeres histerectomizadas, y el tema "del interior" es una categoría ampliamente utilizada por ellas (17). Por lo tanto, es importante discutir aspectos de la sexualidad con las mujeres antes de realizar la cirugía (4), con información exacta y realista (8), considerando que es un tema que en general no se habla, por lo que resulta importante tener cuidado con el lenguaje utilizado y asegurar la privacidad de la mujer (12). La salud sexual es un aspecto relevante a considerar (12) por enfermeras, matronas y médicos (10) al momento de brindar el cuidado a la mujer sometida a una HT.

BIBLIOGRAFÍA

- Farrell S, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95(6): 1045-51.
- Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *J Adv Nurs* 2003; 42(3): 297-303.
- Schaffer J, Word A. Hysterectomy - still a useful operation. *N Engl J Med* 2002; 347(17): 1360-2.
- Ellstrom M, Astrom M, Moller A, Olsson J, Hahlin M. A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(9): 871-5.
- Dragisic K, Milad M. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(5): 1416-8.
- Kim K, Lee K. Symptom experience in women after hysterectomy. *JOGNN* 2001; 30(5): 472-80.
- Ahumada S, Trujillo S. La histerectomía: repercusiones psicosociales. Documento de trabajo N° 23. SERNAM. Chile, 1994.
- Wade J, Pletsch P, Morgan S, Menting S. Hysterectomy: What do women need and want to know? *JOGNN* 2000; 29(1): 33-42.
- Lalos O, Berglund AL, Lalos A. Impact of urinary and climacteric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. *J Adv Nurs* 2001; 33(3): 316-27.
- Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnström U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(1): 46-51.
- Filiberti A, Regazzoni M, Garavoglia M, Perilli C, Alpinelli P, Santoni G. Problems after hysterectomy. A comparative content analysis of 60 interviews with cancer and non-cancer hysterectomized women. *Eur J Gynaec Oncol* 1991; 12(6): 445-9.
- Bernhard L. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol*. 2002; 45(4): 1089-98.
- Rhodes J, Kjerulff K, Langenberg P, Guzinski G. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999; 282(20): 1934-41.
- Bachmann G, Leiblum S. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause* 2004; 11(1): 120-30.
- Roovers J, Van der Bom J, Van der Vaart H, Heintz P. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; 327(7418): 774-8.
- MINEDUC. Estadísticas del sistema educacional chileno, 1998. [consultado el 11 Octubre 2004]; Disponible en: <http://www.mineduc.cl/sistema/estadisticas.htm>
- Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2001; 12(3): 229-34.
- Zobbe V, Gimbel H, Andersen B, Filtenborg T, Jakobsen K, Sorensen H. Sexuality after total versus subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(2): 191-6.
- Lambden M, Bellamy G, Ogburn-Russell L, Kasberg C, Moore S, Pepin T. Women's sense of well-being before and after hysterectomy. *JOGNN* 1997; 6(5): 540-8.
- Williams R, Clark A. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *J Women's Health* 2000; 9(2): S15-S25.
- Kuppermann M, Varner R, Summit R, Learman L, Ireland C, Vittinghoff E. Effect of hysterectomy v/s medical treatment on health related quality of life and sexual functioning. *JAMA* 2004; 291(12): 1447-55.
- Khastgir G, Studd J. Patients' outlook, experience, and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(6): 1427-33.
- Blümel J, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile* 2002; 130(10): 1131-8.

-
24. Bhavnani V, Clarke A. Women awaiting hysterectomy: a qualitative study of issues involved in decisions about oophorectomy. *BJOG* 2003; 110(2): 168-74.
25. Kjerulff K, Langenberg P, Rhodes J, Harvey L, Guzinski G, Stolley P. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95(3): 319-25.
26. Augustus C. Beliefs and perceptions of African American women who have had hysterectomy. *J Transcult Nurs* 2002; 3(4): 296-302.
27. Lindberg C, Nolan L. Women's decision making regarding hysterectomy. *JOGNN* 2001; 30(6): 607-16.
-
- Proyecto financiado por la Dirección de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
-